

日本赤十字社長崎原爆病院 セカンドオピニオン外来申込書

患者様	(フリガナ)		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平	
		年	月
	ご住所	〒	
	連絡先	TEL (自宅)	TEL (携帯)
	当院診察券	いずれかを○で囲んでください 持っている (ID番号) 持っていない	
ご相談される方	(フリガナ)		
	氏名		男・女
	ご住所	〒	患者様との関係
	連絡先	TEL (自宅)	TEL (携帯)
		TEL (その他)	※必ず連絡の取れる電話番号をご記入下さい。複数ある場合は複数ご記入下さい。